

Currículo Integrado: entre o Discurso e a Prática

Integrated Medical Curriculum: from Discourse to Practice

Patrícia Alves de Souza^I
Angelica Maria Bicudo Zeferino^I
Marco Aurélio Da Ros^{II}

PALAVRAS-CHAVE

- Currículo.
- Promed.
- Medicina.

KEYWORDS

- Curriculum.
- Promed.
- Medicine.

RESUMO

O Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, em 2002, criou o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), com o objetivo de apoiar financeiramente a escola médica que elaborasse e implantasse as mudanças curriculares nos cursos de Medicina na direção proposta pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), sob três eixos: orientação teórica, cenários de práticas e abordagem pedagógica. O objetivo deste estudo é identificar mudanças curriculares ocorridas nas escolas médicas contempladas com o Promed. Foi elaborado e aplicado um questionário aos coordenadores do Promed, sendo os dados submetidos a uma análise descritiva. Observou-se que 12 escolas implantaram um modelo curricular modular como base. A inserção ensino-serviço na atenção primária exige um esforço político gerencial. Também é preciso haver mudanças nas concepções acadêmicas e preparar a rede de saúde como campo de estágio, já que as mudanças nas grandes áreas da atenção básica ainda têm pouca expressão. Está havendo uma mudança de estrutura, embora não se possa dizer que seja significativa no grau que se deseja atingir.

ABSTRACT

The Brazilian Ministry of Health, in partnership with the Ministry of Education, created the Program for the Promotion of Curriculum Changes in Medical Schools (Promed) in 2002, with the aim of providing financial support for schools to develop and implement curricular changes in compliance with the National Curriculum Guidelines (DCN), in three key areas: theoretical orientation, practice scenarios, and pedagogical approach. The aim of the current study was to identify the curricular changes introduced in medical schools covered by Promed. A questionnaire was prepared and applied by the Promed team, and the data were submitted to descriptive analysis. Twelve medical schools implemented a modular curriculum as the model. The inclusion of teaching and services in primary care require specific managerial and policy efforts. Changes are also needed in the academic concepts, besides preparing the healthcare system to absorb clerkships, since the changes are still limited in the main areas of primary care. A change is currently underway in the structure, although to a lesser degree than desired.

Recebido em: 13/01/2010

Reencaminhado em: 26/04/2010

Aprovado em: 26/07/2010

^I Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

INTRODUÇÃO

As mudanças nos currículos de Medicina estão ligadas à viabilidade de se produzirem inovações e estão diretamente relacionadas à concepção de mundo e de homens que é sustentada pelos indivíduos envolvidos no âmbito escolar e à sua disponibilidade para o exercício da ação-reflexão-ação¹.

No Brasil, em 1988, foi aprovada uma nova Constituição, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo uma de suas atribuições direcionar a formação de recursos humanos na área da saúde para trabalhar nesse novo sistema. O SUS foi criado como um sistema voltado para a equidade social, a corresponsabilidade entre a população e o setor público², em todos os âmbitos da atenção primária (atenção básica), secundária e terciária.

A estratégia de reorganizar e incentivar a atenção básica no SUS requer a formação de profissionais, especialmente médicos, dotados de visão social abrangente e tecnicamente aptos a prestar cuidados contínuos e resolutivos à saúde da comunidade³.

Em 1994, foi criada a Equipe de Saúde da Família (ESF), baseada nas equipes multidisciplinares responsáveis pela atenção integral e contínua à família, considerando-se aspectos socioeconômicos e culturais⁴.

Está explicitado que o médico da ESF deve ser preferencialmente um generalista para atender a todas as pessoas da família, independentemente de sexo e idade⁵, delineando o perfil do futuro médico com formação geral, humanista, crítica e reflexiva.

Em 1991, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem) concluiu que o médico não se formava com a competência mínima para atender às demandas da saúde da população, e com isso gerou-se um processo de mudança⁶ obrigatório.

Em 2001, foram aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), com a condição de modificar os cursos da área da saúde até 2004 para que formem profissionais aptos a uma atuação eficaz no SUS. Em 2002, o Ministério da Saúde (MS), que se dispôs a trabalhar em parceria com o MEC e com as escolas médicas (EM), criou o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), objetivando apoiar financeiramente a EM que elaborasse e implantasse as mudanças curriculares nos cursos de Medicina, segundo a proposta das DCN, sob três eixos: orientação teórica, cenários de práticas e abordagem pedagógica⁷.

O Promed reafirma o processo de incentivo às mudanças curriculares dentro do processo do MEC pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional ao substituir um currículo mínimo pelas DCN, flexibilizando o processo de ensino e abrindo

o campo para que as escolas se transformem. Essas diretrizes buscam na formação de um médico generalista aspectos como: (a) postura ética, visão humanística, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania; (b) orientação para a proteção, promoção da saúde e prevenção das doenças; (c) capacidade de compreensão, integração e aplicação dos conhecimentos básicos na prática profissional; (d) orientação para atuar em nível primário e secundário da atenção e resolver com qualidade os problemas prevalentes de saúde; (e) capacidade para o primeiro atendimento das urgências e emergências; (f) capacidade para comunicar-se e lidar com os múltiplos aspectos da relação médico-paciente; (g) capacidade de aprendizagem contínua durante toda a vida profissional e de auditoria do próprio desempenho; (h) capacidade de atuação e eventual liderança na equipe de saúde⁸.

O Promed incentivou financeiramente os cursos de 19 EM.

O objetivo deste artigo é identificar mudanças curriculares ocorridas nas EM contempladas com o Promed.

METODOLOGIA

Foi elaborado e aplicado um questionário aos professores responsáveis pela coordenação do Promed, que autorizaram sua participação assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para preservar a privacidade das informações de cada coordenador de escola aqui apresentadas, estes foram identificados por meio da letra I (instituição) e um número subsequente. Dos coordenadores das 19 EM beneficiadas pelo Promed, 12 (63,15%) responderam ao questionário. Os outros sete foram contatados por mais três vezes, sem êxito.

Os dados das 12 escolas foram submetidos a uma análise descritiva. O questionário foi constituído de 57 questões (entre fechadas e abertas), que abarcaram o perfil da EM; o tipo de administração — pública ou privada; o modelo curricular anterior e o implantado após a mudança curricular; o início da mudança; as grandes áreas da Medicina, como Pediatria, Tocoginecologia, Clínica Médica e Saúde Coletiva. Nessas áreas, foram levantadas questões relacionadas às disciplinas, aos módulos, ao semestre em que são inseridas, aos temas abordados, a quem ministra as aulas, à carga horária dentro do curso, à pós-graduação e à participação na formação do Médico de Saúde da Família (MSF) e à Interação Comunitária (IC).

Os dados foram tabulados e analisados pelo programa Epi Info 6.0, um programa de texto, banco de dados e estatística para Epidemiologia.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), no dia 27 de setembro de 2005, parecer do projeto 483/2005, CAAE 1448.1.146.000-05.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As informações foram fornecidas pelos representantes oficiais das escolas que coordenavam o Promed.

Das 12 escolas analisadas, nove são públicas (cinco federais e quatro estaduais) e três privadas (neste caso, todas tinham caráter filantrópico).

As escolas públicas são financiadas pelo governo, e as privadas, que se constituem como filantrópicas, recebem auxílio do governo na isenção de impostos, mantendo em contrapartida uma percentagem de mensalidades e atividades gratuitas, mas cobrando mensalidades da maioria dos alunos⁹.

Observou-se que 12 escolas implantaram um modelo curricular modular como base, sendo que, destas, sete têm o modelo modular integrado, duas o modelo modular integrado e Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), duas o modular integrado e o tradicional, e a última, o modelo tradicional.

O currículo de modelo tradicional geralmente não apresenta comunicação entre as várias disciplinas, mas, sim, um isolamento característico. Já o currículo modular integrado faz com que os módulos que o compõem possuam uma interligação e interação dos conteúdos, uma vez que o ensino é centrado no aluno¹⁰.

Outro modelo implantado foi a ABP, que tem como base um ensino integrado e integrador dos conteúdos, dos ciclos de estudo e das diferentes áreas envolvidas, em que os alunos aprendem a aprender. Os temas de estudo são transformados em um problema a ser discutido em grupo tutorial que funciona como apoio para os estudos¹¹. Percebe-se a preocupação com a mudança do modelo pedagógico voltado ao ensino centrado no aluno.

Verificou-se que oito escolas já haviam iniciado o processo de mudança curricular antes da criação do Promed: uma em 1975; três na década de 1990; duas em 2001; e duas em 2002. As outras quatro escolas iniciaram seu processo de mudança curricular após seus projetos terem sido aprovados pelo Promed.

Este histórico de mudança faz parte de outras tentativas, como a estratégia de Integração Docente-Assistencial (IDA), na década de 1970, que visava à inter-relação entre todos os setores da escola médica e parcela significativa dos serviços de saúde, num contexto regionalizado, com todos os níveis de atenção¹².

O Projeto UNI, financiado pela Kellogs, que tem o mesmo objetivo da IDA, uniu-se a esta, e dessa união surgiu a Rede Unida. Quatro das escolas que receberam o Promed já haviam participado desses projetos¹³.

Isto nos permite inferir que as escolas que se candidataram e receberam o Promed já tinham indícios de mudanças curriculares ao implantarem abordagens pedagógicas inovadoras,

embora 21% (quatro escolas) possuísem um modelo tradicional. Outra escola tinha em seu currículo o internato rural.

A constituição de uma grade curricular modular integrada é simples, mas o maior desafio é efetivar a integração na prática. Os grandes temas, porém, estão interligados em todas as fases do curso, mas ministrados e dirigidos pelas grandes áreas e seus departamentos.

Os departamentos fazem parte da própria estrutura de gestão da escola, e as áreas que geram o ensino nas escolas permanecem departamentalizadas. Para apreender o envolvimento dos departamentos com a nova proposta, é necessário verificar até que ponto as disciplinas e suas ementas se modificaram — ou se apenas mudaram seus nomes¹⁴.

A dificuldade de diálogo entre os departamentos das faculdades de Medicina poderia decorrer, entre outras explicações, segundo Fleck¹⁵, do fato de os departamentos representarem as especialidades médicas, que constituem diferentes “coletivos de pensamento”, com distintos “estilos de pensamento” (resultados de condicionamentos sociais, históricos, econômicos e antropológicos).

As concepções de medicina e os objetivos da formação médica parecem ter diferenças para cada uma das áreas, o que prejudica o diálogo. Para que haja intercâmbio de ideias, é necessário também um esforço para criar um diálogo abrangente e interdisciplinar. São justamente as diferenças que podem tornar necessário e produtivo o intercâmbio¹⁵.

Um dos eixos do Promed é o de orientação teórica, que determina a produção de conhecimentos e a forma de pós-graduação e de educação permanente, que deve ser voltada para os serviços de atenção básica e em áreas estratégicas e/ou carentes de profissionais qualificados para o SUS¹⁶.

No que diz respeito à pós-graduação, nove escolas (75%) oferecem curso na área de Saúde Coletiva ou Saúde Pública; 10 escolas (83,3%), na área de Clínica Médica; oito escolas, na área de Pediatria ou Saúde da Criança e do Adolescente; e nove escolas, na área de Tocoginecologia. Na área de Pediatria, 10 escolas (83,3%) participam da formação dos Médicos de Saúde da Família (MSF); a Saúde Coletiva tem participação em 100% das escolas; a Tocoginecologia em 10 escolas (83,3%); e a Clínica Médica em 11 escolas (91,7%). Com isso, observa-se o envolvimento na formação para a atenção primária na maioria das EM.

A atenção básica envolve os pacientes geralmente com múltiplos diagnósticos e queixas, e responde às necessidades de saúde da população realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção à saúde^{2,17}.

Com relação à carga horária de ensino na graduação referente às grandes áreas, observa-se que a Pediatria na atenção primária numa das escolas chega a 40%, sendo que, após a

mudança curricular, há escolas, como a I6, que dedicam 5% do ensino a esse nível de atenção de saúde. Duas escolas não responderam a esta questão. São seis as escolas que possuem o ensino na atenção primária com 10-20% da carga horária total do curso em Pediatria.

Na área de Clínica Médica, a carga horária destinada ao ensino na atenção básica numa das escolas chega a 28%, e há escolas que, mesmo após a mudança curricular, apresentam 6% e 8% do ensino dedicado à rede básica de saúde. Três não responderam a esta questão. Quatro escolas possuem 10-20% da carga horária do ensino na atenção primária e uma delas relatou que não realiza atividades na rede básica de saúde.

Três escolas possuem o ensino na área de Tocoginecologia na atenção básica com carga horária de 20%. Uma escola não possui atividades na rede básica de saúde. Outras três não responderam a esta questão. Considerando que o Promed contemplou projetos que teriam maior inserção ensino-serviço, pode-se constatar que a mudança nas grandes áreas na atenção básica ainda tem pouca expressão.

Não está havendo reforma, mas, sim, uma mudança de estrutura, sendo que não se pode dizer que seja significativa no grau de mudança que se deseja atingir.

O eixo central de muitos novos currículos é o módulo de IC, que é a unidade educacional, na qual é necessária uma parceria entre profissionais do serviço de saúde, docentes, estudantes e membros da comunidade, e em que ocorre o desenvolvimento do conjunto das habilidades, cujas tarefas de cuidado individual e coletivo às pessoas, em geral, ocorrem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)¹⁸. Nos resultados obtidos, a IC é uma disciplina independente em seis escolas (50%), sendo que uma escola (8,3%) a considera disciplina independente na grade curricular e dependente de outras disciplinas na prática, e cinco escolas (41,7%) consideram que a IC é totalmente dependente de outras disciplinas.

A IC está inserida desde o primeiro semestre do curso em dez escolas médicas (83,3%), cumprindo, assim, inserção no início do curso do estudante na prática. A maioria das escolas analisadas está em processo de desenvolvimento curricular ao contemplar as DCN e formar o médico com o perfil delineado para a formação geral.

A inserção ensino-serviço na atenção primária exige um esforço político gerencial de ambas as instituições (universidades e serviço) para vencer o desafio de ampliar cenários de prática para fora dos hospitais. Há necessidade de mudanças nas concepções acadêmicas e preparo da rede de saúde para se transformar em campo de estágio para formação de médicos.

Os temas enfatizados na área de Interação Comunitária foram: a prática médica como prática social; aspectos éticos;

atenção primária; atividades ambulatoriais; conceito ampliado de saúde; determinação social da doença; diagnóstico e tratamento de doenças; educação em saúde; epidemiologia aplicada a doenças; equipe multiprofissional; gravidez na adolescência; habilidades clínicas; integração curricular com a saúde coletiva; metodologia de pesquisa; noções básicas de saúde; planejamento; políticas de saúde e organização dos serviços de saúde pública; prevenção de doenças; programa de saúde da família (PSF); vigilância epidemiológica; vigilância em saúde; territorialização; SUS; saúde ocupacional; relação médico-paciente; relação aluno-paciente; e promoção em saúde.

CONCLUSÕES

Na criação do Promed não foi prevista nem exigida uma avaliação de impacto do programa sobre a formação do estudante. Isto permite inferir que não há um resultado mensurado sobre essa proposta de mudança.

Também tem que se levar em conta que muitos programas e políticas públicas não têm continuidade devido a mudanças de direção administrativa e eleitorais. Muitas políticas públicas são criadas em planos de governo e/ou por demandas sociais, são consideradas prioritárias em quatro ou cinco anos e se realizam em ambientes de múltiplos interesses, em processo contínuo de decisões, modificando-se permanentemente. Hoje, uma situação e programa políticos podem estar em via de substituição ou simplesmente ser abandonados.

Então, foi criada a Política de Educação Permanente, por meio do Polo de Educação Permanente em Saúde, para os setores da saúde e da educação, para as universidades e instituições de ensino com cursos na área da saúde, incluindo principalmente os estudantes da área de saúde, os trabalhadores de saúde e os conselhos de saúde, fortalecendo seus compromissos com o SUS.

Existem pontos comuns e importantes a serem ressaltados nas faculdades. As EM que receberam o Promed já tinham um histórico de mudança e participavam de outros programas que envolviam disciplinas na área de atenção básica e ações no campo da Saúde Coletiva.

Através deste trabalho, percebeu-se que não estão ocorrendo mudanças significativas estruturais no currículo, pois a maioria das escolas, nas grandes áreas — Pediatria, Tocoginecologia, Clínica Médica —, destinam grande parte da carga horária à atenção secundária e terciária, já que as DCN incentivam a reorganizar e estimular a atenção básica como estratégia privilegiada de substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, retirando o foco da doença e do atendimento hospitalar.

Conforme uma das DCN, o médico deve atuar em nível primário e secundário da atenção e resolver com qualidade os problemas prevalentes de saúde. Assim, as escolas direcionaram o ensino à atenção básica, enfocando a Saúde Coletiva em 100% das escolas, bem como a pós-graduação foi direcionada à atenção básica nas grandes áreas, permitindo o desenvolvimento da pesquisa e da educação permanente dos profissionais de saúde.

O Promed propiciou a ampliação dos cenários de prática, facilitando a relação “ensino-serviço”, principalmente porque a memória das escolas contempladas estava em processo de mudança curricular.

Em continuidade, foi criado o Pró-Saúde, cujo objetivo geral é “incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para abordagem integral do processo de saúde-doença” nos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia¹⁹.

REFERÊNCIAS

1. Ciuffo RS, Ribeiro VMB. Brazilian Public Health System and medical training: possible dialog? *Interface Comun Saúde Educ*. 2008;12(24):125-40.
2. Takeda S. A organização de serviços de saúde de atenção primária à saúde. In: Duncan BB. *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências*. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 17-87.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde. Saúde e Educação lançam programa para mudar o currículo de medicina. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(3):375-8.
4. Andrade LOM, Barreto ICH, Cunha CDF. A estratégia saúde da família. In: Duncan BB. *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências*. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 88-99.
5. Lampert JB. Tendências de mudanças na transformação médica no Brasil: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec; 2002. 283p.
6. Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Avaliação do ensino médico no Brasil: Relatório geral 1991-1997. Brasília:[s.n.]; 1997.
7. Brasil. Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina- PROMED. Uma nova Escola Médica para um novo Sistema de Saúde. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/MS; 2002.
8. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.º 04, de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 09 de novembro de 2001.
9. Almeida SC. O avanço da privatização na Educação Brasileira: O ProUni como uma nova estratégia para a transferência de recursos públicos para o setor privado. Rio de Janeiro; 2006. Mestrado [Dissertação] - Universidade Federal Fluminense.
10. Quintino TCA. Alice no país das Maravilhas: interdisciplinaridade, currículo integrado e um grupo de professores que mergulhou na toca do coelho Campinas; 2005. Mestrado [Dissertação] - Universidade Estadual de Campinas.
11. Vignochi CM, Benetti CS, Machado CL, Bezerra MWC. Considerações Sobre Aprendizagem Baseada em Problemas na Educação em Saúde. *Revista HCPA*. 2009;29(1):45-50.
12. Almeida MJ. A Educação Médica e as Atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos. *Rev Bras Educ Med*. 2001;25(2):42-52.
13. Almeida M, Feuerwerker L, Llanos M, org. Educação dos Profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed UEL; 1999. 434p.
14. Koifman L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2001;8(1):48-70.
15. Fleck L. *La Génesis y el Desarrollo de un Hecho Científico*. Madrid: Alianza Editorial; 1986. 72p.
16. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde Saúde e Educação lançam programa para mudar o currículo de medicina. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(3):375-8.
17. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
18. Faculdade de Medicina de Marília. Unidades Educacionais Curso de Medicina. Manuais de Interação Comunitária [online]. 2009 [acesso em 10 de out]. Disponível em: <http://www.famema.br/unidades/manuais/ic4.pdf>
19. Brasil. Ministério da Saúde. PRÓ-SAÚDE: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: MS; 2005.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Patrícia Alves de Souza trabalhou na concepção e no delineamento, na análise e interpretação dos dados, na redação do artigo, na revisão crítica e aprova a versão a ser publicada. Angelica Maria B. Zeferino trabalhou na concepção e no delineamento, na análise e interpretação dos dados, na redação

do artigo, na revisão crítica e aprova a versão a ser publicada. Marco Aurélio da Ros trabalhou na concepção e no delineamento, na análise e interpretação dos dados, na redação do artigo, na revisão crítica e aprova a versão a ser publicada.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Patrícia Alves de Souza
Rua João Pio Duarte Silva, 929 apt. 01
Córrego Grande — Florianópolis
CEP. 88037-001 – SC
E-mail: p.as@ig.com.br